(hommage de l'auteur)

15.

RHINOPLASTIE

PAR LA MÉTHODE ITALIENNE

PAR

Paul BERGER

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

COMMUNICATION

faite à l'Académie de médecine le 3 mars 1896.

Extrait de la *Presse médicale*

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 APR 96
LIBRARY

PARIS
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, 3

1896

RHINOPLASTIE

PAR LA MÉTHODE ITALIENNE

PAR

Paul BERGER

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

COMMUNICATION
faite à l'Académie de médecine le 3 mars 1896.

Extrait de la *Presse médicale*

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 APR 96
LIBRARY

PARIS
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, 3

1896

RHINOPLASTIE

PAR LA MÉTHODE ITALIENNE

Ce fut en 1879, qu'étant contraint de tenter une suture palpébrale et une blépharoplastie pour un cas d'ectropion complexe, dans lequel toute la peau de la face et du front avait été transformée en tissu cicatriciel par un lupus, je me décidai à emprunter aux téguments du bras le lambeau dont je ne pouvais trouver la matière à la face. Quoique très laborieuse par elle-même et par ses suites, cette opération eut un plein succès et je pus, six mois après, présenter à la Société de chirurgie le résultat très satisfaisant de cette autoplastie, la première qui ait marqué le retour à l'ancienne méthode italienne, modifiée par Carl-Ferdinand de Graefe, et depuis lors complètement délaissée.

On sait que cet auteur avait repris l'ancienne opération d'Antoine Branca et des Bojani, illustrée par la pratique et par le bel ouvrage de Taliacotius (de Bologne), et qu'il en avait simplifié le manuel en pratiquant en même temps la dissection du lambeau brachial et sa fixation sur le moignon nasal avivé, actes que Taliacotius n'exécutait qu'en laissant entre eux plusieurs mois d'intervalle.

Encouragé par ce succès, je me suis attaché depuis lors à rechercher les applications diverses de cette méthode d'autoplastie, et dans des communications nombreuses[1], j'en ai indiqué l'utilisation, non seulement dans les réparations de la face, dans la rhinoplastie, la blépharoplastie, la chéiloplastie, mais pour les restitutions les plus diverses, pour corriger les déformations résultant de rétractions cicatricielles ou spontanées, pour combler les pertes de substance de toute nature siégeant aux membres ou au tronc.

---

1. Berger. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1880, 17 Mars; 1881, 27 Juillet; 1882, 22 Février; 1888, 4 Janvier; 1890, 18 Février; 4 Juin, 5 Novembre; 1891, 9 Décembre; 1894, 7 Novembre. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1886, 22 Juin; 1887, Septembre; 1889, 15 Octobre; 1890, 14 Octobre; 1893. — *Congrès français de chirurgie*, 1889, 1893, 1894.

Ces dernières indications ont été adoptées par un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels il faut surtout citer Maas (de Würtzbourg), Saltzer, Wagner (de Königshütte), von Hacker, James Adams, Bull (de New-York), Keetley, sir William Mac Cormac, M. Poncet (de Lyon) et l'adaptation, sur une perte de substance siégeant aux membres, d'un lambeau pédiculé, emprunté à une partie éloignée du corps et laissé adhérent à son point d'origine jusqu'à sa parfaite adhésion à la surface qu'il doit recouvrir, n'est plus un fait rare. Il est néanmoins très peu d'opérateurs qui aient eu recours à la première et à la plus importante des applications de la méthode italienne, à son utilisation pour les autoplasties de la face. L'éloignement que ce genre d'opération paraît inspirer au plus grand nombre tient probablement à ce que l'on s'exagère la difficulté et les inconvénients de la fixation du bras à la tête, fixation qu'elle nécessite pendant un certain nombre de jours.

Ces difficultés, ces inconvénients sont inévitables, mais j'espère avoir contribué à les amoindrir dans une notable mesure en m'appliquant à perfectionner les appareils qui maintiennent le membre supérieur fixé à la tête. Ainsi qu'on en pourra juger, je suis revenu aux

moyens employés autrefois par Taliacotius et figurés dans son ouvrage, en les simplifiant de telle sorte qu'ils laissent presque entièrement à découvert le visage de l'opéré et qu'un très petit nombre de courroies et de lacs permettent d'assurer l'immobilisation rigoureuse du membre supérieur, quels que soient la position du corps, l'attitude et les mouvements du sujet. Je crois donc utile de décrire ici les pièces dont se composent ces appareils et d'indiquer sommairement leur disposition et leur mode d'application.

C'est à la face surtout que l'autoplastie par la méthode italienne est destinée à rendre de grands services. Quand il s'agit de réparer une perte de substance, de corriger une difformité des paupières, des lèvres ou du nez, la transformation cicatricielle des parties environnantes est souvent trop étendue, les téguments sains qui restent sont trop rares et trop précieux pour qu'on puisse les employer à former des lambeaux et ajouter aux déformations existantes des déformations nouvelles résultant de l'opération plastique, et qui constitueraient pour le malade une agravation notable si l'autoplastie venait à échouer. L'emprunt au bras d'un lambeau transporté sur la face ne peut présenter le

même caractère fâcheux, puisqu'en cas d'insuccès même, l'opération ne laisse d'autres traces que la cicatrice des incisions pratiquées pour l'avivement sur la région qui était le siège de la difformité.

Et cependant, jusque dans ces derniers temps, malgré les succès que la méthode italienne m'avait donnés dans la blépharoplastie et la chéiloplastie, j'avais encore déféré au précepte péremptoirement formulé par Dieffenbach pour les restaurations nasales; j'avais eu le plus souvent recours à la méthode indienne, à la rhinoplastie pratiquée au moyen d'un lambeau frontal. La peau du front, épaisse et consistante, résiste mieux, dit-on, à l'affaissement et à la rétraction qu'un lambeau cutané pris au bras; le résultat plastique a donc chance d'être meilleur; d'ailleurs, l'opération par la méthode indienne est bien moins laborieuse et moins pénible, pour le malade surtout, que la rhinoplastie italienne, puisqu'elle n'exige pas la fixation du bras à la tête. Mais ces avantages de la méthode indienne sont amplement compensés par l'inconvénient de la perte de substance, et par conséquent de la cicatrice qu'elle laisse sur le front, et par la nécessité de tailler un lambeau frontal très long, dont l'extrémité remon-

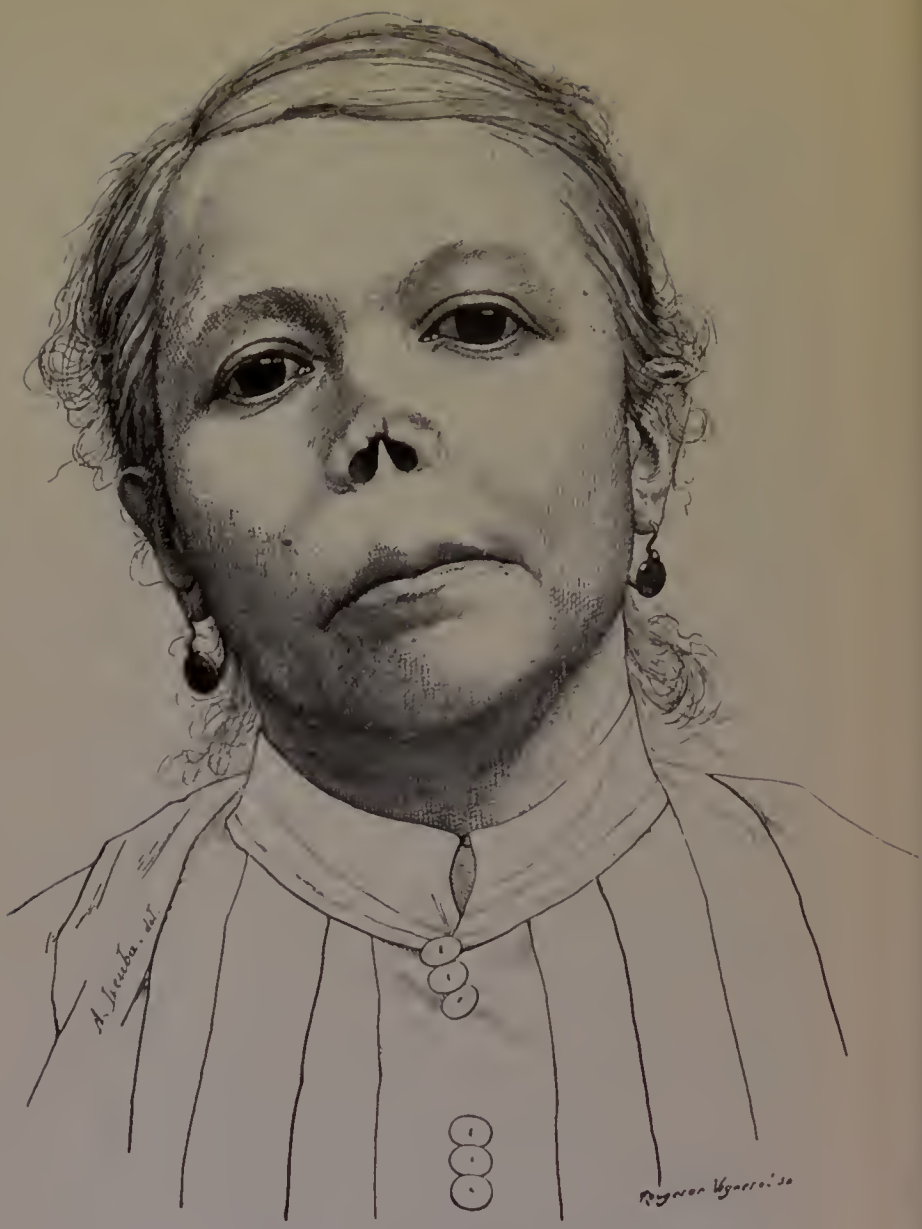

Fig. I. — La malade avant l'opération.
Dessins de M. A. Leuba, exécutés d'après une photographie.

Fig. II. — Appareils destinés a maintenir la béance des narines et a rapprocher les faces latérales du lambeau fixé sur le nez.

tant très haut sur le cuir chevelu, est quelquefois pourvue de cheveux qui agrémentent le lobule et les ailes du nez ainsi reconstitués, d'une manière peu désirable.

D'ailleurs, le reproche que l'on fait à la peau du bras d'être trop peu ferme et de prêter à la rétraction consécutive est-il aussi fondé qu'on le pense? L'examen du résultat que j'ai obtenu dans le cas que je viens de présenter à l'Académie de médecine permet d'en douter et d'affirmer tout au moins, qu'en donnant au traitement consécutif à l'opération une attention et des soins suffisants, on peut, par la méthode de Taliacotius modifiée par de Graefe, obtenir une restitution du nez aussi satisfaisante que possible. Celle-ci, chez la malade dont on va lire l'observation, a dépassé toutes mes espérances.

Observation.

Mme X... m'a été adressée au mois d'Octobre dernier par mon collègue M. le Dr Hallopeau. Elle est atteinte d'une destruction du lobule du nez et de la plus grande partie des ailes, ainsi que de la sous-cloison dont il ne reste plus que des vestiges, de la cloison elle-même et enfin de presque tout le squelette cartilagineux du nez. Ce qui reste des

parties molles du nez s'est affaissé sur l'orifice antérieur des narines qui est en partie bouché par cette rétraction. Cet orifice a la forme d'une feuille de trèfle; il est partagé sur la ligne médiane par un rudiment de sous-cloison, rétracté dans l'intérieur des narines, commençant en bas par une base large de quelques millimètres, se terminant en haut par un filament des plus minces, adhérant encore par son sommet effilé à la voûte du nez; en arrière de ces restes de sous-cloison, la cloison des fosses nasales est détruite dans une grande étendue. La lèvre supérieure presque entière porte encore de nombreuses cicatrices, d'autant plus profondes qu'on se rapproche davantage des fosses nasales : les joues, la racine du nez en partie, ce qui reste de la sous-cloison et des ailes sont également revêtus d'un tégument cicatriciel.

Cette destruction dont la malade réclame instamment la réparation a été produite par des lésions, dont le début s'est montré il y a dix-huit mois seulement et a été assez insidieux pour ne pas attirer l'attention de la malade, jusqu'au mois de Mai 1895, où la pointe du nez et les ailes se sont presque subitement mortifiées ; c'est à ce moment seulement qu'elle a été consulter M. Hallopeau qui l'a mise aussitôt au traitement. Sous l'influence de celui-ci les ulcérations se sont rapidement cicatrisées, et elles étaient depuis longtemps fermées quand la malade me fut adressée au mois d'Octobre. Je la

laissai encore près de deux mois en observation sans constater aucune tendance à la récidive.

Elle entra rue Bizet le 30 Novembre ; et mon plan ayant été bien arrêté, et l'appareil fixateur construit et essayé, je procédai à la première opération le 4 Décembre.

Première opération : *Adaptation sur l'extrémité du nez, préalablement avivé, d'un lambeau pris au bras. 4 Décembre 1895.* — Une incision en fer à cheval allant d'une des ailes du nez à l'autre et dont la partie moyenne coupe la face dorsale du nez à 3 centimètres au-dessous de sa racine, dessine un lambeau à convexité supérieure qui comprend les téguments cicatriciels ; ce lambeau est disséqué de haut en bas jusqu'au bord de l'orifice nasal auquel on le laisse adhérent par sa base.

Un lambeau très vaste, dont les dimensions ont été rigoureusement déterminées à l'avance, est alors dessiné et disséqué sur la région bicipitale ; sa base est inférieure, son sommet tourné en haut ; il a environ 8 à 9 centimètres de longueur et 5 de largeur à sa base.

Ce lambeau rapidement disséqué et comprenant tout le tissu cellulaire sous-cutané est relevé, et le bras étant rapproché de la face, sa pointe et ses bords sont fixés par une quinzaine de points de suture au crin de Florence aux bords de la surface d'avivement du nez qu'il recouvre en totalité. Le

lambeau comprenant les téguments cicatriciels de la face dorsale du nez, qui a été disséqué et rejeté en bas pour pratiquer l'avivement du nez, est rapproché par sa face cruentée de la face cruentée du pédicule du lambeau brachial qu'il double en quelque sorte, et il est fixé dans cette position par quelques points de suture placés sur ses bords.

Puis l'appareil fixateur, mis en place avant l'opération, est serré et le bras fixé à la tête par les courroies qui unissent le gantelet à la capeline

Comme pansement, une simple compresse de gaze au salol imbibée de solution boriquée, qui entoure le lambeau, que l'on humecte de temps en temps et que je renouvelle moi-même deux fois par jour.

L'opération, chloroformisation et pansement compris, a duré environ deux heures.

La fixation du membre supérieur à la tête fut maintenue dix jours entiers. L'opérée supporta avec un grand courage sa position fatiguante et pénible certainement, mais qui ne fut jamais très douloureuse ni au-dessus de ses forces et de sa patience. La morphine lui donnait des nuits calmes ; dès le troisième jour elle put s'alimenter d'une manière suffisante ; à partir du quatrième jour, on la leva tous les jours pendant quelques heures : l'état général resta tout le temps satisfaisant et le moral très bon.

Le pédicule du lambeau fut sectionné et le bras

Fig. III. — La malade après le traitement.
Vue de face.

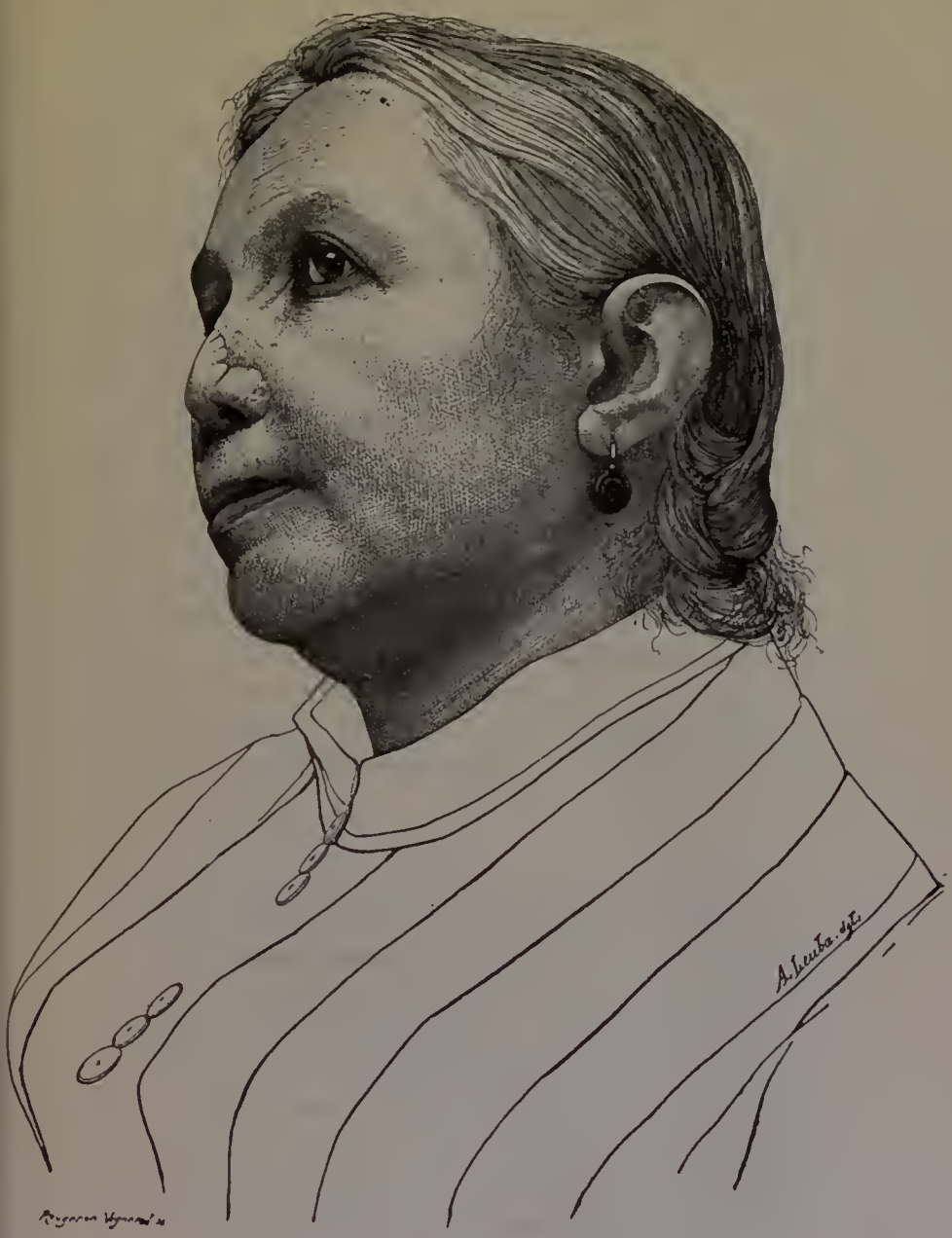

Fig. IV. — La malade après le traitement.
Vue de profil.

détaché du tronc le 14 Décembre à 4 heures de l'après-midi. La surface de section du lambeau donna un suintement sanguin continu de bon augure. Le lendemain, il était manifeste que le lambeau avait parfaitement pris et qu'il n'y aurait même pas de gangrène au niveau de la surface de section.

La face inférieure du pédicule du lambeau, qui était en partie déjà recouverte par les téguments du nez renversés avec lesquels je l'avais doublée, s'épidermisait rapidement; le lambeau lui-même se rétractait dans des proportions notables.

Avant de procéder à la deuxième opération, j'accoutumai le pédicule à la position qu'il devait définitivement occuper, et je commençai à façonner la pointe du nez en rabattant le pédicule sur l'orifice des narines et en le maintenant coudé sur le reste du lambeau, au moyen d'un bandage approprié.

Deuxième opération : Formation des narines, des ailes du nez et de la sous-cloison. 7 Janvier 1896. — Il faut se souvenir que les parties latérales des ailes du nez avaient été conservées, mais qu'elles étaient relevées de telle sorte que leur bord libre était devenu vertical. Je commençai par les détacher de chaque côté, en les laissant adhérentes seulement par leurs attaches à la joue et à la lèvre supérieure; puis, je les rabattis en leur rendant leur position horizontale, ce qui constitua, de chaque côté, entre

l'aile du nez ramenée à sa place, et la face latérale, un véritable trou donnant accès dans la cavité nasale. Je comblai ce trou avec les parties latérales du pédicule du lambeau dont l'extrémité fut divisée, par deux incisions longitudinales, en trois festons. Les deux festons latéraux, insinués entre l'aile et la face latérale du nez, servirent à combler la perte de substance qui existait de chaque côté à ce niveau, et à compléter en même temps l'aile du nez, dont toute la partie antérieure (les deux tiers environ) avait été détruite.

Le feston moyen fut inséré, par son extrémité, dans une incision large de 2 cent. 1/2, pratiquée vers la base de la lèvre supérieure à sa partie moyenne, au-devant du rudiment de sous-cloison qui existait encore; il devait reconstituer la sous-cloison. Voici comment j'utilisai les restes de celle-ci.

Les téguments qui recouvraient le tubercule qui en était le dernier vestige, furent divisés par une incision verticale, située sur la ligne médiane; ils furent détachés des parties sous-jacentes, à droite et à gauche, sous forme de deux petits lambeaux latéraux que je vins fixer, de part et d'autre, aux bords latéraux du feston médian du pédicule qui était destiné à reproduire la sous-cloison. De la sorte, la nouvelle sous-cloison, très large, préalablement avivée à son extrémité, sur ses faces latérales, sur sa face postérieure, venait s'appuyer par

cette dernière sur les restes, également avivés, de l'ancienne sous-cloison avec lesquels elle prit aussitôt de solides adhérences, pendant que les petits lambeaux latéraux, constitués par les tégument des l'ancienne sous-cloison, venaient se fixer sur les côtés de la sous-cloison nouvelle en les renforçant, et surtout en diminuant à ce niveau, c'est-à-dire sur le bord interne des narines, l'étendue de la réparation à obtenir par granulation et cicatrisation en surface.

Il faut encore faire remarquer que la doublure du pédicule du lambeau, obtenue avec les téguments du nez, que l'épidermisation fort avancée, du reste, de la face cruentée, actuellement granuleuse de ce pédicule, lui donnaient une consistance très grande et devaient diminuer les chances de rétraction des diverses parties reconstituées avec ce lambeau.

Les choses étant ainsi disposées et mises en place, des sutures très fines et très multipliées au crin de cheval fixèrent dans leur position la nouvelle sous-cloison et les ailes du nez; les narines furent bourrées avec de la gaze au salol. Un petit pansement boriqué recouvrit le tout. L'opération avait duré plus d'une heure et demie et avait été d'une exécution délicate, minutieuse et souvent difficile, mais mon plan avait pu être exécuté de point en point, et mes prévisions opératoires s'étaient partout trouvées justifiées.

Les suites de l'opération furent très simples : le

huitième jour, j'enlevais les points de suture; tout était solidement réuni, et je pus, dès le dixième jour après l'opération, me préoccuper de l'appareil destiné à maintenir au nez sa forme, pendant tout le temps nécessaire à l'épuisement de la rétraction cicatricielle.

Le résultat tel qu'on peut le constater est excellent. Si le nez de Mme X... n'appartient pas au type grec, c'est un nez tout à fait suffisant au point de vue de la forme, et désormais elle peut se présenter partout, sans que personne se doute de la mutilation qu'elle avait subie.

J'attire principalement l'attention sur les points suivants :

1° La nécessité, dans les opérations plastiques de cet ordre, d'avoir tout prévu et tout fixé d'avance. J'ai toujours constaté qu'une dérogation faite pendant l'opération même au plan que je m'étais fixé, avait toujours un résultat peu satisfaisant, et que, l'opération terminée, je pouvais m'assurer que j'eusse atteint le but mieux et plus facilement par les moyens que j'avais décidés à l'avance, que par la modification qu'il m'avait semblé bon de leur faire subir. On ne saurait donc trop insister sur la rigueur et la précision avec lesquelles on doit avoir déterminé l'étendue des avivements, les dimen-

sions et le siège précis du lambeau destiné à les recouvrir. Il faut à plusieurs reprises, soumettre le plan opératoire à un système de vérifications au moyen d'épreuves et de contre-épreuves multipliées [1], mais surtout se tenir minutieusement à ce plan tel qu'il a été définitivement arrêté, et suivre sans s'en écarter les lignes que l'on a

---

1. Pour déterminer la situation, la direction, la forme, les dimensions du lambeau, je taille sur un morceau de peau ou d'étoffe un patron auquel je donne exactement la forme et les dimensions que devra posséder le lambeau brachial. J'applique alors ce patron sur la face à la place même que doit occuper le lambeau après sa fixation par la suture, et je rapproche le membre supérieur de la tête jusqu'à ce que la base du patron, figurant le pédicule du lambeau soit et puisse aisément être maintenue en contact avec le bras. Je la tiens alors solidement fixée par deux doigts au point où elle arrive au contact du bras, et laissant celui-ci s'écarter de la tête, je rabats sur lui le patron dont je dessine aussitôt les contours sur la peau. Ayant ainsi déterminé et tracé sur le bras les dimensions, la forme, la direction qu'il convient de donner au lambeau pour qu'il s'adapte à l'avivement de la face, je réitère cette épreuve plusieurs fois, avec ou sans l'appareil qui doit fixer le bras à la tête, m'assurant chaque fois que le patron appliqué sur le bras au point voulu vient tout naturellement se placer sur la région de la face qu'il doit recouvrir, lorsqu'on rapproche le bras de la tête. Ce n'est que lorsque ces épreuves et ces contre-épreuves me donnent toujours le même résultat que je procède à l'opération.

On trouvera d'ailleurs dans la communication que j'ai faite au IVe *Congrès de chirurgie*, en 1889, quelques détails sur la technique de ce genre d'autoplastie.

tracées à l'avance sur les parties pour conduire la marche de l'instrument tranchant.

2° Les lambeaux pris au membre supérieur par la méthode italienne, doivent s'appliquer sur des *surfaces* d'avivement assez larges; une réunion par les *bords* seuls serait tout à fait insuffisante à garantir leur vitalité. L'avivement doit donc dépasser l'étendue de la perte de substance à recouvrir. L'adaptation du lambeau doit être parfaite, sans traction, ni plissement de ses bords ou de sa surface. Il faut autant que possible conserver les portions de tégument circonscrites par l'incision qui limite l'avivement; ces petits lambeaux de tégument pourront être utilisés pour doubler le pédicule du lambeau, diminuer d'autant sa tendance à la rétraction cicatricielle; ils peuvent servir à reconstituer le pourtour des narines, par exemple, et je me suis très bien trouvé de les avoir fait servir à cet usage.

3° Dans la rhinoplastie par la méthode italienne modifiée, il serait fort utile de conserver la plus grande longueur possible au pédicule, afin d'avoir à sa disposition un riche matériel pour la reconstitution de la pointe du nez, de ses ailes et de la sous-cloison. On est limité par la crainte, en conservant une portion de tissus

du bras trop considérable, de la voir se nourrir insuffisamment par sa surface d'implantation nouvelle et succomber à une gangrène qui pourrait ne pas se limiter à la partie du lambeau qui est restée en excès. Ce que j'ai observé dans mes très nombreuses restaurations faciales par la méthode italienne, m'autorise à croire que cette crainte ne se réalisera guère, lorsque l'adhésion du lambeau sera bien complète et aura été maintenue pendant un temps suffisant jusqu'à la section du pédicule.

4° J'ai beaucoup fait modifier et surtout simplifier mon appareil de fixation depuis mes premières publications sur ce sujet. M. Mayet, le bandagiste expert des hôpitaux, s'est employé à ces perfectionnements avec un zèle et un désintéressement qui méritent tous les éloges. L'appareil dont je me sers actuellement se compose :

a) D'une capeline en peau de chien, sorte de passe-montagne, doublée et bordée en peau plus fine, capitonnée sur le sommet de la tête, pour éviter la pression de l'avant-bras, capitonnée aussi sur les tempes, au niveau des apophyses orbitaires et sur tous les points où peut s'exercer une compression capable de déterminer des douleurs ou d'amener des lésions de la peau.

Cette capeline se fixe au moyen de lacets disposés en avant et en arrière sur la ligne médiane. Sa portion cervicale peut se resserrer au moyen d'une courroie bouclée sur la nuque, et dont le resserrement assure l'adaptation de la partie inférieure de l'appareil au pourtour de la mâchoire, à la région sus-hyoïdienne et au cou. Une courroie placée autour de la tête fixe à la circonférence du crâne la partie supérieure de la capeline. Cette courroie doit ménager les oreilles.

Ainsi placée, la capeline ne peut guère se déranger, même à la longue, et ce n'est que par un surcroît de précautions que je la fixe encore par quelques courroies à une large ceinture en cuir qui entoure la taille, qu'on ne serre que la nuit pour éviter l'action des mouvements inconscients faits pendant le sommeil, et qui peut soulager un peu la région sus-hyoïdienne et le maxillaire inférieur sur lesquels l'appareil prend son point d'appui principal.

La capeline est lacée en avant et en arrière, de manière à pouvoir être resserrée ou desserrée à volonté. Ainsi que je l'ai dit, on l'applique avant l'opération en la garnissant d'une enveloppe de Mackintosh qui l'empêche d'être souillée par le sang et qu'on enlève avant le pansement.

b) D'un gantelet en tissu élastique analogue à celui qui sert à la confection des bas-varices. Ce gantelet est lacé d'un bout à l'autre; il doit prendre le membre supérieur depuis la partie inférieure du bras jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes.

Au niveau du pli du coude et du premier espace inter-digital où la pression exercée par le tissu un peu raide déterminait des lésions de la peau, j'ai fait coudre des pièces en peau souple qui ne présentent pas cet inconvénient. Comme la capeline, le gantelet est appliqué avant l'opération.

c) Le gantelet est fixé à la capeline, et le système entier est immobilisé par des courroies ou des sangles qui passent d'une part dans des glissières ou coulants disposés de distance en distance autour de la capeline, au niveau ou un peu au-dessous de la circonférence maximum de la tête — qui passent, d'autre part, dans d'autres glissières disposées sur le gantelet au niveau des bras et de l'avant-bras. De ces courroies, une surtout est importante, c'est celle qui unit le bras, au-dessus du coude, à la circonférence de la tête; d'autres courroies fixent l'avant-bras à la partie supérieure de la capeline; en différents points de celle-ci, des boucles permettent de fixer des

courroies supplémentaires qui servent de moyen de contention accessoire.

Ce n'est qu'après la suture du lambeau brachial à la face, bien entendu, que l'on fixe le bras à la tête, dans une position que l'on a rigoureusement déterminée d'avance.

Depuis que je me sers de cet appareil perfectionné, qui rappelle beaucoup celui de Tagliacozzi, j'ai vu diminuer dans une notable mesure la fatigue, les souffrances et les inconvénients divers qui résultent de la fixation prolongée du bras à la tête : les opérés supportent dix jours d'immobilisation sans trop se plaindre; ils s'alimentent, dorment avec le secours de la morphine. On les lève tous les jours; parfois ils se promènent, et ces changements de position contribuent beaucoup à leur rendre leur situation plus supportable. Il est essentiel, quand ils sont couchés, de les soutenir en calant solidement le membre supérieur avec des oreillers.

Les soins les plus minutieux de propreté doivent être pris pour les yeux, la bouche, les narines surtout, au niveau desquelles il faut absterger fréquemment les sécrétions nasales.

5° La section du pédicule du lambeau peut

être faite le 10e ou 11e jour; mais, si la fatigue était très grande, je suis convaincu qu'on pourrait la pratiquer beaucoup plus tôt, le 6e ou le 7e jour, par exemple : à ce moment, les adhésions sont déjà solides et des connexions vasculaires suffisantes doivent s'être établies entre le lambeau et son sous-sol.

6° Dès qu'on est sûr de la vitalité du lambeau, il faut commencer à le façonner en fléchissant à angle droit ou aigu son pédicule de manière à donner à celui-ci la direction que doit avoir la sous-cloison. La confection de celle-ci, des ailes du nez, des narines, peut être faite en une seule séance. C'est vers le 15e jour après la section du pédicule que me semble devoir être placé le moment favorable pour cette opération. Dans le cas présent, j'ai attendu le 21e jour : la rétraction du lambeau avait déjà eu le temps de se prononcer un peu trop.

Je ne dis rien des procédés par lesquels on arrive à reconstituer la pointe du nez, les ailes, la sous-cloison, ils diffèrent éminemment suivant les cas. On se servira de tout ce qui reste de ces parties, pour doubler le lambeau, recouvrir les surfaces avivées, et diminuer de la sorte la tendance à la rétraction cicatricielle, surtout au pourtour des narines. On a vu que j'ai utilisé

pour cet usage les vestiges des ailes du nez et de la sous-cloison.

7° De toutes façons, il est nécessaire de soutenir et de maintenir béantes les narines, dès les premiers jours. Pour cela, j'ai façonné moi-même avec une lame de plomb très fine, de petits tuyaux que j'ai introduits dans les narines, et dont j'augmentais l'ouverture par l'introduction d'une pince. Ces tuyaux étaient pourvus d'ailettes extérieures qui les empêchaient de s'enfoncer trop et de se perdre, et par l'intermédiaire desquelles j'exerçais une compression soutenue sur la sous-cloison.

J'ai fait, depuis lors, construire par M. Collin un petit appareil définitif, constitué de deux tubes métalliques, dont la section légèrement triangulaire correspondit à la forme ordinaire de l'ouverture des narines. Ces deux tubes pourvus d'une petite ailette par laquelle ils viennent presser sur la sous-cloison, pourvus aussi d'une petite lame en forme d'anse qui se recourbe par en haut pour venir s'appliquer sur la partie latérale du nez, peuvent être rapprochés l'un de l'autre au moyen d'une petite pince à pression continue : la compression exercée par leurs prolongements supérieurs en anse sur les parties latérales du lobule et de l'arête du nez,

est destinée à maintenir aussi longtemps qu'il est nécessaire la forme de ces parties, et à les empêcher de s'aplatir.

L'emploi de ces petits moyens doit être continué avec persévérance jusqu'à ce que le nez, reconstitué, n'ait plus de tendance à s'affaisser, ni à subir quelque modification lente de sa forme.

Paris. — Imprimerie L. Maretheux, 1, rue Cassette.